

Quelles sont les conditions de succès d'un réseau ?

Le cas des réseaux gérontologiques

Sandra BERTEZENE

Université de Savoie – IREGE

Institut de Management

4 chemin de Bellevue, BP 806

74016 Annecy-Le-Vieux cedex

sandra.bertezene@univ-savoie.fr

Résumé

Les inégalités de l'offre de soins sur le territoire, le morcellement de la prise en charge et les coûts non maîtrisés aboutissent à une altération de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge et à une moindre efficacité du système de santé. Sous l'impulsion du législateur et dans un souci de rationaliser l'offre et les dépenses tout en améliorant la qualité des prestations et donc la santé du public, la notion de réseau prend une envergure de plus en plus importante dans le champ de la santé. Néanmoins, les réseaux peinent à se développer et à répondre aux besoins de la population et ce manque est d'autant plus criant s'agissant de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leurs poly-pathologies. Dans ce cadre, nous proposons une problématique centrée sur les conditions d'émergence, de survie et de développement des réseaux destinés à la prise en charge de cette population particulière. Notre point de départ est la proposition d'une définition du réseau gérontologique à partir de la littérature en sciences de gestion et des apports plus spécifiques de la littérature en gestion des systèmes de santé. Puis, certaines approches théoriques et empiriques présentes dans la littérature nous permettent de formuler plusieurs hypothèses de travail selon trois axes : les étapes préalables à la mise en œuvre du réseau, le pilotage du réseau et enfin, la coordination du cadre d'action, du système commun de référence et de l'organisation clinique.

Mots clés : réseau gérontologique, émergence, survie, développement, pilotage, coordination.

Quelles sont les conditions de succès d'un réseau ?

Le cas des réseaux gérontologiques

Résumé

Les inégalités de l'offre de soins sur le territoire, le morcellement de la prise en charge et les coûts non maîtrisés aboutissent à une altération de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge et à une moindre efficacité du système de santé. Sous l'impulsion du législateur et dans un souci de rationaliser l'offre et les dépenses tout en améliorant la qualité des prestations et donc la santé du public, la notion de réseau prend une envergure de plus en plus importante dans le champ de la santé. Néanmoins, les réseaux peinent à se développer et à répondre aux besoins de la population et ce manque est d'autant plus criant s'agissant de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leurs poly-pathologies. Dans ce cadre, nous proposons une problématique centrée sur les conditions d'émergence, de survie et de développement des réseaux destinés à la prise en charge de cette population particulière. Notre point de départ est la proposition d'une définition du réseau gérontologique à partir de la littérature en sciences de gestion et des apports plus spécifiques de la littérature en gestion des systèmes de santé. Puis, certaines approches théoriques et empiriques présentes dans la littérature nous permettent de formuler plusieurs hypothèses de travail selon trois axes : les étapes préalables à la mise en œuvre du réseau, le pilotage du réseau et enfin, la coordination du cadre d'action, du système commun de référence et de l'organisation clinique.

Mots clés : réseau gérontologique, émergence, survie, développement, pilotage, coordination.

Quelles sont les conditions de succès d'un réseau gérontologique ?

INTRODUCTION : LA PROBLEMATIQUE ET SES ENJEUX

Nous identifions trois enjeux au développement des réseaux gérontologiques : un enjeu stratégique pour les partenaires du réseau (améliorer la prise en charge des patients), un enjeu financier pour les organismes de tutelle (rationaliser les coûts) et un enjeu sociétal pour la France (faire face au vieillissement de la population).

L'amélioration de la qualité de la prise en charge du public et la rationalisation des coûts (HUARD P., MOATTI J.P., 1995) sont aujourd'hui des enjeux à la fois stratégiques et financiers pour les professionnels de la santé et les organismes de tutelle compte tenu des limites de notre système de santé (BERTEZENE S., 2002, 2004). La médecine est en effet de plus en plus spécialisée, segmentée en différentes pratiques ce qui aboutit à une offre abondante d'actes (possédant chacun leur tarification) et au cloisonnement des professionnels, des spécialités et des établissements. Selon ce schéma, il est difficile d'avoir une vision globale et collective de la santé et de la maladie. Les inégalités de l'offre sur le territoire (COCA E., 1995), ajoutées au morcellement de la prise en charge et à des coûts non maîtrisés de manière chronique, aboutissent à une altération de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge mais également à une moindre efficacité du système (GREMY F., 1997).

Sous l'impulsion du législateur, dans un souci de rationaliser l'offre et les dépenses de santé tout en améliorant la qualité des prestations, la notion de réseau prend une envergure de plus en plus importante dans le champ de la santé. Cette forme d'organisation prend tout son sens grâce à l'agrégation de compétences et l'interdisciplinarité qui permettent de produire des soins et des services conformes aux besoins d'une population donnée. La participation des différentes organisations contribuent ainsi à proposer une nouvelle forme de prise charge qui ne pourrait être développée par une seule entité. Néanmoins, les réseaux français peinent à se

développer et à répondre aux besoins de la population. Ce manque est d'autant plus criant s'agissant de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et de leurs poly-pathologies.

L'enjeu sociétal des réseaux dédiés à la prise en charge des personnes âgées trouve son fondement dans les prévisions concernant le vieillissement de la population. En France, une étude publiée en 2002 (BONTOUT O., COLIN C., KERJOSSE R., 2002) par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) montre qu'à l'horizon 2040, le vieillissement de la population française devrait conduire à une forte augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans : sur la période 2000-2020, la hausse serait comprise entre 16% et 32% et entre 2020 et 2040, le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait dans des proportions légèrement supérieure. Au total, sur les 40 années, l'augmentation pourrait aller de 35% à 80% pour le scénario le plus pessimiste. Cette hausse concernerait essentiellement les personnes de plus de 80 ans. Les personnes aidant leur proches dépendants ont aujourd'hui entre 50 et 79 ans. Or, d'après les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes (INSEE), cette population augmentera seulement de 10% dans les 40 années à venir, donc nettement moins que les personnes âgées dépendantes. Enfin, notons que certaines prévisions indiquent qu'en 2015, la consommation médicale des personnes de plus de 65 ans représentera 60% des consommations totales et celles des plus de 75 ans en représentera un tiers (DURIEZ M., LANCRY P.J., LECQUET-SLAMA D., SANDIER S., 1999). Ces quelques chiffres montrent l'importance de la problématique de la prise en charge de la dépendance due au vieillissement.

La qualité de la prise en charge, la rationalisation des coûts et le vieillissement de la population sont un véritable défi auquel les politiques de santé publique, de financement et de distribution des soins doivent faire face. Il existe peu d'études dans le domaine des réseaux gérontologiques et nous avons par conséquent choisi de nous interroger sur les conditions d'émergence, de survie et de développement d'un réseau de soins dédié à cette population particulière. Notre recherche repose sur une approche pluridisciplinaire de la problématique dans l'objectif d'établir des liens entre l'architecture organisationnelle du réseau et les prestations fournies aux personnes âgées (qualité, délais, adéquation entre besoins et nature de l'offre, etc.). Cette communication n'est qu'un propos d'étape grâce auquel nous définissons les caractéristiques du réseau dans le champ de la santé et plus particulièrement dans le domaine de la gérontologie, leurs apports et leurs limites. Enfin, nous présentons nos premières hypothèses de recherche issues de différents travaux théoriques et empiriques. Ces

hypothèses seront testées et complétées par notre prochaine étude empirique dans le cadre d'une démarche abductive grâce à laquelle nous nous appuyerons sur la littérature pour donner du sens aux matériaux recueillis et inversement.

1. QU'EST-CE QU'UN RESEAU GERONTOLOGIQUE ?

La définition générale des réseaux présentée dans le premier point nous permet par la suite de proposer une définition adaptée aux réseaux gérontologiques et d'en présenter les apports et les limites.

1.1. Le réseau : une forme d'organisation pour répondre à une logique de performance grâce à l'organisation et la coordination des relations inter-organisationnelles

La définition du réseau est floue. Elle peut rejoindre la notion de réseau d'organisations, celle de relations spécifiques de firmes centrées sur la sous-traitance, ou encore celle de forme interne d'organisation (ROJOT J., 2005). Pour tenter de répondre à notre problématique, nous nous concentrerons sur la notion de réseau entendu comme une somme de relations spécifiques focalisées sur une structure inter-organisationnelle.

Jusque dans les années soixante-dix, l'approche économique standard ne reconnaît pas les réseaux comme une forme d'organisation à part entière (JOFFRE P. ET KOENIG G., 1992). Puis, l'approche néo-institutionnaliste place les réseaux entre marché et hiérarchie jusque dans les années quatre-vingt (WILLIAMSON O.E., 1975 ; 1979). Après cette période, les réseaux sont finalement reconnus comme une forme organisationnelle propre notamment gouvernée par la confiance (BRADACCH J., ECCLES R.G., 1989 ; POWELL W., 1990). Le réseau est généralement considéré comme une inter-organisation qui préserve l'indépendance des partenaires dans le cadre de collaborations à des projets communs nécessitant à la fois interdépendance et stabilité (LIVIAN P.Y., 2005).

Selon D. POULIN et al. (1994) et V. LEMIEUX (2000), les réseaux sont composés de nœuds reliés entre eux par des liens, mais aussi de flux et de relations. Les nœuds sont les connexions grâce auxquelles les informations circulent entre les partenaires du réseau. Les

liens permettent la circulation des flux en fonction de relations spécifiques au réseau et représentatives de son cadre d'action. V. LEMIEUX (2000) précise que l'objectif des réseaux est ainsi de « partager des appartenances, faire circuler l'information, apporter de l'aide, mobiliser le capital, relier des agents économiques et contrôler les politiques publiques ».

Pour P. BOULANGER (1995), un réseau est une articulation de différentes « unités » géographiquement éclatées, reliées entre elles de façon plus ou moins formelle et organisées dans l'objectif de répondre à des besoins communs grâce à la mise en œuvre simultanée de différentes actions. Le réseau nécessite alors une collaboration entre les partenaires, des comportements et des moyens de liaison, une stratégie et un management différents de ceux déployés dans une seule et même « unité ». Cette définition rejoint celle de T. SYDOW et A. WINDELER (1998) qui considèrent également le réseau comme une somme de propriétés structurelles d'ordres social, cognitif et spatial distinctes, telles que les pratiques et les savoirs.

D. ETTIGHOFFER, P. VAN BENEDEN (2000) définissent le réseau comme un espace où les savoirs et les compétences des partenaires interagissent, se confrontent et s'enrichissent. Dans ce cadre, chaque entreprise ou organisation qui compose le réseau peut évoluer et maintenir un niveau d'excellence. Les auteurs distinguent les méta-organisations des méta-réseaux. Les méta-réseaux sont des activités complémentaires d'une même chaîne de valeur et intégrées dans un ensemble systémique. Les méta-organisations sont quant à elles des entreprises formées en réseau (ou développent une très forte coopération) pour lesquelles l'innovation organisationnelle est un facteur clé de compétitivité. Dans tous les cas, elles visent trois objectifs : un avenir commun fondé sur des valeurs partagées, une utilité économique et sociale dans une perspective de développement durable et enfin, un accès à des connaissances étendues.

Selon ces différentes approches, le réseau est à la fois riche, dynamique, flexible et semble donc constituer un idéal organisationnel (FRERY F., 1997 ; LIVIAN P.Y., 2005 ; ETTIGHOFFER D. et VAN BENEDEN P., 2000) dans le champ de la santé. Néanmoins, la difficulté reste de définir et mettre en œuvre simultanément des zones d'autonomie et de délégation (HATCHUEL A., 1994).

Tableau n°1

Les réseaux en sciences de gestion : synthèse des principaux apports utilisés dans le cadre de notre problématique

LIVIAN P.Y. (2005) HATCHUEL A. (1994)	L'indépendance des partenaires du réseau : Le réseau préserve l'indépendance des partenaires dans le cadre de collaborations à des projets communs nécessitant interdépendance, stabilité et confiance. La difficulté est de définir et mettre en œuvre des zones d'autonomie et de délégation.
POULIN D. et al. (1994) LEMIEUX V. (2000)	Les flux et les liens entre les partenaires du réseau : Les réseaux sont composés de nœuds, de flux et de relations. L'objectif des réseaux est donc de partager des appartenances, faire circuler l'information, apporter de l'aide, mobiliser le capital, relier des agents économiques et contrôler les politiques publiques.
SYDOW T., WINDELER A. (1998) BOULANGER P. (1995)	La complémentarité des propriétés structurelles des unités du réseau pour répondre à des besoins communs : Le réseau est une somme de propriétés structurelles qui caractérisent des unités géographiquement éclatées mais reliées entre elles et organisées dans l'objectif de répondre à des besoins communs.
FRÉRY F., (1997) LIVIAN P.Y., (2005) ETTIGHOFFER D. et VAN BENEDEEN P. (2000)	Richesse et flexibilité du réseau : Le réseau est un espace où les savoirs et les compétences des partenaires interagissent, se confrontent et s'enrichissent. Chaque partenaire du réseau peut évoluer et maintenir un niveau d'excellence. Le réseau est à la fois riche, dynamique et flexible.

A la lecture de ces différentes approches, nous pourrions définir le réseau comme une inter-organisation préservant l'indépendance des partenaires dans le cadre de collaborations à des projets communs basés sur :

- la confiance,
- des valeurs partagées,
- la coordination (élément central d'un fonctionnement efficace selon H. MINTZBERG, 1998) des pratiques,
- des moyens de liaison, un management et une stratégie spécifiques définis grâce à une somme de pratiques, de savoir, de compétences qui interagissent et s'enrichissent pour faire évoluer et maintenir un niveau d'excellence.

1.2. Etat des lieux des réseaux dans le champ de la santé et définition du réseau gérontologique

Le monde politique, les organismes publics de tutelle, les professionnels de la santé, ainsi que le secteur marchand (sociétés pharmaceutiques, compagnies d'assurance, etc.) interviennent simultanément dans le système de soins avec des logiques différentes et parfois opposées. (CONTANDRIOPOULOS A.P., 2002) . C'est autour de ces différents groupes d'acteurs que vont s'organiser les réseaux de soins (cf. encadré n°1). Néanmoins, selon la typologie de P. BOULANGER (1990), les réseaux de soins sont fédérés, c'est-à-dire qu'ils développent un pouvoir ascendant et nécessitent une forme de solidarité. C'est pour cette raison qu'ils concernent essentiellement les organisations publiques et celles du tiers secteur.

Encadré n°1

Un exemple de réseau gérontologique : le Pôle Mémoire

Des médecins d'une agglomération française de taille moyenne ont mis en place dès 2001 un « Réseau Pôle Mémoire » (GRENIER C., 2004 a) pour prendre en charge les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, la maladie de Pick, la maladie de Parkinson, de troubles fronto-temporels, etc. Ces pathologies mobilisent des connaissances et des solutions de nature médicale, sociale et psychologique. Le réseau est dans ce cas une réponse des acteurs à des insatisfactions relevant notamment du manque de temps pour dialoguer avec le patient, du manque d'information et de formation sur les pathologies, de la difficile connaissance du monde socio-sanitaire, de la longueur des délais pour l'obtention d'un premier rendez-vous chez le neurologue. Néanmoins, les professionnels expriment des attentes différentes. Les médecins généralistes sont surtout intéressés par la prise en charge de la maladie. Les neurologues sont davantage centrés sur la maladie d'Alzheimer en raison de ses enjeux sociétal et de recherche, mais également sur la pause du diagnostic et donc sur la nécessité d'obtenir de la part d'un médecin généraliste ou d'un orthophoniste un dossier correctement renseigné. Les orthophonistes et les psychologues souhaitent mieux articuler leurs interventions (en amont ou en aval d'un diagnostic) avec les autres professionnels (assistantes sociales, établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes). Les acteurs formulent également des attentes individuelles (GRENIER C., 2004 b.) telles que l'amélioration des pratiques en cabinet (visée individualiste et utilitariste), la possibilité de faire valoir des compétences professionnelles (cas des orthophonistes) ou des compétences individuelles (cas d'un médecin), ou enfin la progression des connaissances et des pratiques collectives. En dépit de ces divergences d'intérêt, les acteurs ont une idée précise des objectifs du réseau qu'ils veulent bâtir : mieux identifier les compétences diverses et géographiquement dispersées de manière à mieux les relier, éviter la redondance des pratiques, des connaissances et des modes de coordination et enfin, favoriser une bonne coordination afin d'éviter notamment les doublons.

Les modes de financement (essentiellement publics départementaux ou régionaux) et les acteurs (professionnels de la santé, acteurs des systèmes hospitalier, médico-social et social, des secteurs publics et privés, prestataires logistiques, spécialistes des supports de communication notamment) qui composent les réseaux de santé sont variés. C'est pour cette

raison que ces réseaux sont des systèmes décentralisés où les relations entre les différents acteurs (CONTANDRIOPOULOS A.P., 2000) permettent l'articulation efficace des ressources nécessaires à la prise en charge des besoins sanitaires et sociaux d'une population spécifique (LECLET H., VILCOT C., 2003).

Le défi du réseau est de présenter une stratégie et un fonctionnement permettant de favoriser la qualité de la prise en charge (nature, quantité, accessibilité des services) de la personne âgée dépendante. Pour cela, les partenaires considèrent trois types d'éléments. Tout d'abord, l'offre de soins et de services d'accompagnement disponibles dans le secteur géographique d'action qui conditionnent la structure organisationnelle du réseau. Ensuite, les besoins de la population ciblée (caractéristiques socio-économiques de la population d'une zone géographique donnée, nature et degré de dépendance et des pathologies associées) qui conditionnent à leur tour la nature de l'offre de soins et de services de manière à ce qu'elle soit flexible et donc compatible avec l'augmentation croissante de la dépendance. Enfin, l'adéquation réseau/besoins de la population ciblée qui dépend de la dynamique du réseau et de l'équilibre entre la structure organisationnelle, la bonne connaissance et la réelle prise en considération des besoins de la population (FLEURY M.J., 2004). Le portefeuille d'activité des réseaux dépend donc de la confrontation de données issues des environnements externe et interne. Les résultats ainsi obtenus permettent d'identifier les principales pathologies ou niveaux de dépendances à prendre en charge, les principaux actes à pratiquer, les principales prestations à offrir et la répartition des patients entre les différents processus de prise en charge (CREMADEZ M., 1997).

Dans un contexte de cohabitation et de cloisonnement des différentes disciplines médicales et paramédicales, le réseau peut être « une solution créative pour gérer la complexité » (POULIN D., 1994) afin d'aboutir à la prise en charge d'une population donnée à la fois interdisciplinaire et interorganisationnelle, fondée sur l'intégration des activités à réaliser. En effet, aujourd'hui l'enjeu est de passer d'un réseau d'établissements à un réseau axé sur les services pour décloisonner les professionnels de la santé, favoriser l'innovation et l'amélioration de la qualité (NAIDITCH M. et al., 2000), stimuler la reconnaissance de la personne prise en charge comme un être à part entière, agir sur la mutualisation et la complémentarité des ressources. Le réseau permet par conséquent de définir et de mettre en œuvre de manière cohérente les interventions des différents professionnels et organisations afin de répondre globalement aux besoins d'une population (personnes âgées, adultes

handicapés, etc.) ou d'une pathologie donnée (SIDA, diabète, asthme, etc.) sur un secteur géographique donné (réseaux hôpital-hôpital, hôpital-ville, ville-ville, etc.), ce qui rappelle le « Fund Holder » britannique et les « health networks américains » (structures confédérales à propriété éclatée et décision décentralisée).

Les établissements hospitaliers sont incités à la coopération inter-établissements depuis la réforme de 1996 qui a fait du réseau un instrument de l'amélioration de la qualité, de la continuité des soins et de la rationalisation des coûts. Le secteur médico-social était déjà associé à cette réforme dans le cadre de la création de groupements de coopération sanitaire (collaborations d'établissements publics et privés) et de communautés d'établissements (regroupements d'établissements publics ou para-publics d'un même secteur pour favoriser l'adéquation entre les établissements et leur environnement) dont l'objectif était notamment de mieux répondre aux besoins de la prise en charge des personnes dépendantes. Depuis la loi du 26 avril 1999, les établissements médico-sociaux ont l'obligation de signer avec les organismes de tutelle une convention qui exprime les engagements réciproques et les objectifs à atteindre parmi lesquels la participation à des réseaux de soins. Cette forte incitation a été étendue à l'ensemble des établissements sociaux grâce à l'article L.312-7 de la loi du 2 janvier 2002. Ainsi, les établissements peuvent se réunir au sein de réseaux par le biais de conventions, de groupements d'intérêt économique, de groupements d'intérêt public, de syndicats inter-établissements, de groupements de coopération sociale et médico-sociale, de regroupements ou de fusions. Pour illustrer notre propos, l'offre de soins et de services à domicile aux personnes âgées dépendantes peut être organisée au sein d'une de ces formes juridiques réunissant des acteurs des secteurs public et privé, des domaines hospitalier, médico-social et social, par exemple :

- assistantes sociales,
- services de soins infirmiers à domicile (SSIAD),
- praticiens libéraux de ville (médecins, kinésithérapeutes, psychologues, etc.),
- services hospitaliers de gériatrie, de psychogériatrie,
- accueil de jour des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- centres communaux d'actions sociales (CCAS),
- prestataires logistiques (par exemple, chargés de la livraison des repas, aides ménagères), etc.

Tableau n°2
Les réseaux gérontologiques :
synthèse des principaux apports dans le cadre de notre problématique

CONTANDRIOPOULOS A.P. (2002)	<p>Des partenaires et des logiques parfois opposées au sein du réseau gérontologique pour répondre à des besoins communs :</p> <p>Le monde politique, les organismes de tutelle, les professionnels de la santé, ainsi que le secteur marchand interviennent simultanément dans le système de soins avec des logiques différentes et parfois opposées tout en répondant à un besoin commun.</p>
BOULANGER P. (1990)	<p>La nécessaire solidarité des partenaires du réseau gérontologique :</p> <p>Les réseaux de soins sont fédérés, ils développent un pouvoir ascendant et nécessitent une forme de solidarité.</p>
CONTANDRIOPOULOS A.P. (2000) LECLLET H., VILCOT C. (2003)	<p>Des relations organisées et une articulation efficace des ressources pour une offre de prestations sanitaires et sociales destinée aux personnes âgées dépendantes :</p> <p>Les réseaux de santé sont des systèmes décentralisés où les relations entre les partenaires sont organisées et permettent l'articulation des ressources pour la prise en charge des besoins sanitaires et sociaux d'une population spécifique.</p>
FLEURY M.J. (2004)	<p>Le succès du réseau gérontologique conditionné par la dynamique du réseau, l'équilibre entre structure organisationnelle, connaissance et prise en considération des besoins de la population :</p> <p>L'offre de soins et de services sur un secteur géographique d'action conditionnent la structure organisationnelle du réseau. Les besoins de la population ciblée conditionnent la nature de l'offre de manière à ce qu'elle soit flexible et compatible avec l'augmentation croissante de la dépendance. L'adéquation réseau/besoins de la population dépend de la dynamique du réseau et de l'équilibre entre structure organisationnelle/connaissance et la prise en considération des besoins de la population.</p>
CREMADEZ M. (1997)	<p>Le portefeuille d'activités du réseau gérontologique déterminé par ses environnements interne et externes :</p> <p>Les résultats issus de la confrontation des données relatives aux environnements externe et interne permettent d'identifier les pathologies ou niveaux de dépendances à prendre en charge, les actes à pratiquer, les prestations à offrir et la répartition des patients entre les processus de prise en charge.</p>
POULIN D. (1994)	<p>Un réseau gérontologique délivrant des activités intégrées pour une prise en charge interdisciplinaire et interorganisationnelle :</p> <p>Dans un contexte de cloisonnement des disciplines, le réseau peut être une solution pour gérer la complexité afin d'aboutir à la prise en charge d'une population donnée à la fois interdisciplinaire et inter-organisationnelle, fondée sur l'intégration des activités à réaliser.</p>
NAIDITCH M. et al. (2000)	<p>Un réseau gérontologique permettant des interventions cohérentes pour une réponse globale aux besoins des personnes âgées :</p> <p>Le réseau permet la cohérence des interventions des différents professionnels et organisations pour répondre globalement aux besoins d'une population donnée sur un secteur géographique donné.</p>

En reprenant notre définition générale des réseaux et en l'enrichissant des apports précédents, nous pouvons affiner la notion de réseau gérontologique en le caractérisant comme une inter-organisation formelle où :

- le portefeuille d'activité dépend des caractéristiques des environnements interne et externe ;
- les partenaires, en dépit de logiques parfois opposées, doivent développer une forme de solidarité ;
- une dynamique, des relations organisées, une articulation efficace des ressources, un équilibre entre structure organisationnelle/connaissance/prise en considération des besoins de la personne âgée permettent des interventions cohérentes pour une prise en charge interdisciplinaire et interorganisationnelle constituée d'activités intégrées ;
- l'indépendance des prestataires de services de la sphère marchande, des professionnels libéraux et des organisations publiques et privées hospitalières, médico-sociales et sociales est préservée ;
- les partenaires définissent selon des valeurs partagées un projet de soins et de services adapté aux personnes âgées dépendantes situées sur un secteur géographique donné ;
- le projet de soins et de services est organisé et mis en œuvre de manière coordonnée grâce à une stratégie spécifique déployée en fonction du processus et des outils adoptés pour assurer la mutualisation, la complémentarité et l'enrichissement des pratiques, des savoirs et des compétences dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et de réduction des gaspillages de ressources.

1.3. Les apports et les limites des réseaux gérontologiques

La rapidité et la variété des interactions au sein du réseau, quelle que soit sa nature et son objet (PRAX J.Y., 2000), contribuent largement au déploiement d'une intelligence collective grâce à la complémentarité, l'interdépendance et l'autonomie de l'intelligence individuelle (SERIEYX H., 1996). La production d'une intelligence collective offre ainsi aux partenaires des perspectives en matière de partage des coûts, d'accès rapide et large à des connaissances (GENIAUX I., MIRA-BONNARDEL S., 2002), de présentation d'une offre de services commune, d'acquisition d'un pouvoir plus important sur le marché et d'accroissement de la

capacité à innover (ROMELAER P., 1999 ; LE BAS C., GENIAUX I., 1995). Dans le domaine de la santé et plus particulièrement de la gérontologie, nous pouvons identifier également différents apports et limites aux réseaux (cf. encadré n°2).

Encadré n°2

Les résultats d'une recherche empirique sur les réseaux gérontologiques : l'exemple d'un réseau de services intégrés pour personnes âgées au Québec

Nous avons choisi un réseau québécois du fait de la proximité de ses caractéristiques avec les réseaux français. Dans le cadre d'un programme canadien de financement de projets de réseaux de services intégrés, le traitement des personnes âgées s'effectue grâce à un gestionnaire de cas et un plan de services individualisés, le tout étant coordonné par trois instances transversales : un groupe stratégique (composé des directeurs généraux d'établissements et des responsables de certaines associations communautaires), un groupe clinique (composé d'intervenants-pivots) et un groupe tactique (composé des cadres intermédiaires des établissements dont le rôle était de faire le lien entre les dirigeants et les intervenants-pivots du groupe clinique). M. SAINT-PIERRE (2003) a montré que :

- *le rôle des modes de coordination ou des mécanismes structurels dans l'amélioration des interrelations et des échanges entre les acteurs est majeur ;
- *la collaboration entre les acteurs s'améliore grâce au décloisonnement des établissements, la révision des pratiques et l'actualisation d'un système de partage de l'information ;
- *les mécanismes de coordination favorisent un décloisonnement institutionnel et professionnel pouvant entraîner une amélioration et une intensification des liens entre les professionnels de la santé et les gestionnaires ;
- *la présence des intervenants-pivots contribue à accroître la collaboration entre les différents distributeurs de services, ce qui permet une meilleure identification de la clientèle potentielle et donc une prise en charge plus rapide ;
- *la structure administrative du projet permet un resserrement des relations entre les acteurs par une mise en contact plus continue, ce qui favorise les possibilités de collaboration dans le cadre d'une offre complémentaire ;
- *les partenaires des réseaux acceptent d'adhérer aux modalités de coordination tant que les actions portent sur des activités cliniques et de gestion qu'ils peuvent difficilement combler eux-mêmes ;
- *la révision des normes et des règles de pratique et l'instauration de mécanismes de communication entre les différents partenaires ont pu habiliter les acteurs à intervenir auprès de la clientèle en permettant une utilisation plus appropriée des ressources ;
- *les mécanismes de communication ont favorisé les échanges d'information permettant une prise en charge plus cohérente et continue de la personne âgée (par exemple grâce à l'implantation d'un dossier clinique informatisé pour assurer la transmission d'informations aux équipes multidisciplinaires et entre les différents services) ;
- *l'expérimentation des nouveaux modes de coordination a permis de mettre en exergue l'existence de différentes formes de collaboration à exploiter ;
- *la différence des cultures professionnelles persistantes s'oppose néanmoins aux exigences du fonctionnement en réseau.

L'intelligence collective issue du réseau permet de proposer des soins et des services adaptés et de qualité aux personnes âgées dépendantes tout en maîtrisant les coûts grâce à de multiples facteurs :

- la répartition des activités entre les organisations et donc l'optimisation de l'offre (CLAVERANNE J.P., 1999 ; DENANCIER J., 2004) ;
- la mutualisation des pratiques et des connaissances (BEJEAN S., GADREAU M., 1997) permettant l'amélioration continue de l'offre, mais également la meilleure connaissance mutuelle des établissements et des professionnels (BRAMI G., 2000) ;
- le décloisonnement et l'amélioration des relations et de la communication entre les organisations grâce à une harmonisation du vocabulaire utilisé par les différents professionnels et grâce à l'utilisation d'outils communs et partagés (LECLET H., VILCOT C., 2003) ;
- la clarification des processus de travail favorisant la réduction des délais de prise en charge (BRAMI G., 2000) et une meilleure traçabilité des actions réalisées (BEJEAN S., GADREAU M., 1997).

Certaines organisations et professionnels éprouvent néanmoins des difficultés à s'intégrer au réseau d'abord parce que les parties prenantes se connaissent peu. Par exemple, les EHPAD sont peu ou mal connus des acteurs intervenant traditionnellement autour de la personne âgée tels que les assistantes sociales, les médecins chefs de services, les cadres de santé, les mairies, etc. (BRAMI G., 2000). Les difficultés proviennent également :

- du cloisonnement entre organisations et professionnels qui s'oppose à la nécessaire fédération des multiples partenaires de la santé autour d'une nouvelle organisation et de nouvelles pratiques (STRAUSS A., 2002) ;
- d'une divergence de valeurs, de représentations et de normes (DAGENAIS C., 2000),
- d'une crainte de prise de pouvoir par une autre composante du réseau, ce qui empêche de traduire les intérêts divergents en un tout cohérent (VAN RAAK A. et al., 1999) ;
- de la rigidité des statuts et de la disparité des revenus des praticiens exerçant en secteur public et en secteur privé rend la coopération difficile (CLAVERANNE J.P., 1999) ;
- des défaillances de la transmission des informations entre les partenaires du réseau qui trouvent ses causes à la fois dans les domaines organisationnel et techniques (SOULIE A.M.A., 1995).

Enfin, plusieurs limites ont été mises en évidence suite à la création d'un réseau en 2001 ayant pour objectif la prise en charge des pathologies liées à la mémoire auprès d'une population de personnes âgées (GRENIER C., 2004 a – cf. encadré n°1) :

- utilisation de documents qui comportent peu d'information sur les modalités de travail des médecins ;
- rôle du coordonnateur du réseau imprécis (coordination des acteurs à travers des outils informatiques peu définie) et souvent minimisé par certains médecins (ce qui a pour conséquence de reproduire les frontières habituelles du domaine médical) ;
- réseau plus considéré comme une entité juridique au détriment de sa dimension « structure », ce qui réduit la richesse de traitement des cas ;
- manque de suivi systématique des recommandations émises par les professionnels à l'égard de certains cas pris en charge.

2. LES CONDITIONS D'EMERGENCE, DE SURVIE ET DE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX GERONTOLOGIQUES : HYPOTHESES DE TRAVAIL

Nos données primaires seront issues des résultats obtenus grâce à la conduite d'une recherche exploratoire auprès de deux réseaux gérontologiques situés en Moselle et dans le Rhône. Notre démarche empirique nous permettra d'identifier, de tester différentes hypothèses mais également de les confronter à la littérature.

Avant d'aborder le terrain, nous avons fait le choix de dégager quelques hypothèses prescriptives issues des éléments théoriques et empiriques analysés précédemment, mais également de différents travaux dégageant des résultats normatifs (pistes de travail et préconisations). Les données secondaires (KOENIG G., 1996) présentes dans la littérature nous permettent de dégager des hypothèses de travail qui seront par la suite testées sur le terrain. Nous adopterons par conséquent une démarche abductive, ou exploration hybride (THIETART R.A. et coll., 1999) puisque nous nous appuyerons sur la littérature pour donner du sens aux matériaux empiriques recueillis et inversement.

L'analyse des données secondaires nous permet ici d'identifier trois axes de travail autour desquels s'articulent nos hypothèses prescriptives : les étapes préalables à la mise en œuvre

du réseau, la définition et la mise en œuvre du système de pilotage et enfin, la définition et la coordination du cadre d'action, du système commun de référence et de l'organisation clinique.

Tableau n°3
Convergences et spécificités
des réseaux en sciences de gestion et des réseaux gérontologiques :
éléments à prendre en considération dans la construction des hypothèses

	Les réseaux en sciences de gestion	Les réseaux gérontologiques
Convergences	<p>Les activités du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Activités déterminées par les environnements interne et externe. - Connaissance et prise en considération des besoins de la clientèle. <p>Les propriétés du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Complémentarité des propriétés structurelles des partenaires pour répondre à des besoins communs. - Richesse et flexibilité du réseau. <p>Les partenaires du réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relations (flux et liens) entre partenaires organisées et articulation des ressources pour une offre adaptée. - Indépendance des partenaires. 	
Spécificités		<ul style="list-style-type: none"> - Partenaires cloisonnés et logiques parfois opposées. - Nécessaire solidarité des partenaires - Des activités intégrées pour une prise en charge complexe interdisciplinaire et inter-organisationnelle.

2.1. Les étapes préalables à la mise en œuvre du réseau : identifier les besoins, les aptitudes à travailler en réseau, décloisonner, s'appropriier les objectifs, proposer une rémunération incitative

Hypothèse 1 – L'identification préalable de l'offre déjà disponible et des besoins des personnes âgées dépendantes sur la zone géographique concernée garantirait l'adéquation entre l'offre et la demande et donc favoriserait l'émergence, la survie et le développement des réseaux : Cette première hypothèse est formulée sur la base des enquêtes conduites par M.J. FLEURY et al. Entre 2002 et 2004 (2004) permettant de dégager un modèle de réseau de soins destiné aux personnes présentant des troubles de santé mentale. Ce modèle présente un volet organisationnel qui comprend notamment les déterminants de la

santé (taux de chômage, de suicide, pourcentage de familles monoparentales, utilisation de ressources, etc.), les facteurs entravant ou facilitant la mise en réseaux des services, le niveau d'intégration, la densité, la centralité et l'étendue des réseaux. Notre hypothèse repose sur l'idée que le succès du réseau dépendrait d'abord de la bonne connaissance de ces différents éléments de manière à proposer une offre de soins qui soit en adéquation avec les besoins réels d'une population particulière sur une zone géographique donnée. Dans notre cas, il s'agit en premier lieu d'identifier l'offre de soins et de services d'accompagnement disponibles et les besoins des personnes âgées dépendantes sur une zone géographique déterminée. L'offre est constituée des services et/ou de consultations présents dans les établissements hospitaliers publics et privés (notamment : unités de soins de longue durée, unités de soins palliatifs, comités de lutte contre la douleur, services de soins psychiatriques, de soins psychologiques, d'hospitalisation à domicile, de chirurgie, de médecine, gériatrique, mémoire). Il existe également des modes de prise en charge fournis par les établissements médico-sociaux et services sociaux (essentiellement établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes, unités Alzheimer, service de portage de repas à domicile, service de soins à domicile, assistantes sociales, etc.). L'offre provient aussi des prestations libérales disponibles hors établissement (médecins référents –ou de famille-, cabinets de professionnels libéraux : infirmiers diplômés d'état, psychologues, kinésithérapeutes, podologues, orthophonistes etc.). Ces services sont répartis sur un territoire administratif, c'est-à-dire la région ou le département. Enfin, ce sont les décisions politiques des partenaires du réseau qui vont déterminer la répartition des ressources (équipements, lits, nombre de professionnels de la santé, variété des compétences disponibles) sur tout ou partie de la région ou du département. L'étendue du réseau peut ainsi être rurale ou urbaine, très dense ou peu dense, en fonction du nombre de partenaires et de leurs ressources.

Hypothèse 2 – Le diagnostic et l'amélioration préalables des aptitudes au travail en réseau des partenaires permettraient de favoriser l'émergence, la survie et le développement des réseaux : Cette hypothèse sous-tend l'idée qu'avant d'intégrer un réseau, les établissements et autres partenaires potentiels gagneraient à évaluer leur propre aptitude au travail en réseau (évaluation de la capacité d'ouverture, la rigidité de l'organisation, la capacité de travail en équipe, la culture des professionnels, les modalités et les dispositifs de communication, etc.), leurs besoins et capacités d'ouverture (évaluation de l'adéquation des moyens et des objectifs) (DENANCIER J., 2004). Ce diagnostic permettrait le cas échéant de

différer l'entrée dans le réseau de manière à mettre en œuvre des actions de changement capables de maximiser par la suite la performance du partenaire et du réseau dans sa globalité.

Hypothèse 3 – Le décloisonnement inter-organisationnel pour réunir l'ensemble des acteurs pertinents favoriserait l'émergence, la survie et le développement des réseaux :

Ici, notre hypothèse repose sur les travaux de M. BREMOND (1997) et M. SAINT-PIERRE (2003). Elle suppose que le réseau devrait inclure l'ensemble des acteurs concernés, y compris les financeurs, les clients ou usagers, ce qui nécessiterait un décloisonnement entre les partenaires, mais également entre les partenaires et leur environnement (ce qui semble constituer déjà un défi dans le système actuel). Notre hypothèse implique donc qu'en l'absence ou manque de décloisonnement et de liens inter-organisationnels, il pourrait exister des résistances fortes et peut-être même une perte de légitimité du réseau auprès des professionnels et du public.

Hypothèse 4 - L'appropriation des objectifs du réseau par les acteurs concernés permettrait de favoriser l'émergence, la survie et le développement des réseaux :

Le travail en réseau implique de nombreux changements pour les organisations : conception globale du patient et de ses différentes pathologies, disparition de l'organisation centralisée au profit d'un travail inter-organisationnel et/ou inter-professionnels. Afin de réduire, voire d'éviter, les traditionnelles résistances des acteurs concernés, nous faisons l'hypothèse qu'il serait nécessaire d'accorder du temps à la phase de définition des objectifs de manière à ce qu'ils soient clairement établis, compris et acceptés par tous. Cette hypothèse nous est dictée par de nombreuses expériences montrant que faire l'économie de ce temps dans un souci de résultat immédiat entraîne très souvent des rejets massifs mettant très nettement en péril la création de potentiel souhaitée à terme (SOULIE A.M., 1995).

Hypothèse 5 – Le partage des ressources et la redéfinition des modes de rémunération permettrait de favoriser l'émergence, la survie et le développement des réseaux :

Notre hypothèse part du principe que le partage des ressources devrait être effectué de manière à ne léser aucun des partenaires afin de garantir la pérennité des collaborations (WIMPHMEINER R., BLOOM M., KRAMER M., 1990). Le partage équitable des ressources soulève notamment la question des rémunérations et à ce stade, nous faisons l'hypothèse que pour assurer l'adéquation entre les objectifs du réseau et les pratiques professionnelles, la mixité des modes de rémunération pourrait constituer un levier d'actions pouvant inciter les

professionnels à travailler ensemble et de manière harmonisée, sans qu'aucun professionnel ne soit lésé (SHORTELL S. et al., 2000). Cette hypothèse concerne notamment les professionnels libéraux pour lesquels la rémunération à l'acte ne semble pas toujours appropriée selon l'objet du réseau.

2.2. Définir le système de pilotage

Hypothèse 6 - La mise en œuvre d'un système d'information permettant la prise de décision favoriserait l'émergence, la survie et le développement des réseaux : Au-delà des modalités d'organisation et de management du réseau, les objectifs de performance devraient être atteints grâce à la mise en œuvre, l'alimentation et le pilotage d'un système capable de diffuser des informations permettant l'articulation entre décisions et actions et de coordonner les différents acteurs (LECLET H., VILCOT C., 2003). Le système d'information pourrait se matérialiser par de simples outils papiers tels que le dossier individuel de la personne âgée ou des techniques informatiques plus sophistiquées, l'essentiel selon notre hypothèse étant que chaque acteur partenaire du réseau ait accès à toute information nécessaire. Le système d'information devrait permettre le pilotage et le suivi de la trajectoire de la personne âgée mais aussi de la stratégie et du fonctionnement du réseau, ces deux types d'informations devraient alors être envisagées à la fois sous l'angle médical/paramédical/social et gestionnaire.

Hypothèse 7 – La définition des résultats attendus et des indicateurs d'évaluation appropriés permettrait de favoriser l'émergence, la survie et le développement des réseaux : Notre hypothèse implique l'importance de la définition des résultats attendus de l'action du réseau grâce à l'élaboration d'indicateurs spécifiques à chaque mission. Les résultats issus de ces indicateurs permettraient l'évaluation de la performance du réseau. Pour compléter l'évaluation de la performance, ils pourraient être compilés, par exemple, à ceux des enquêtes de satisfaction effectuées auprès des personnes âgées et des enquêtes destinées aux professionnels afin d'évaluer la perception de leurs rôles, missions, fonctions, au sein du réseau. Ces mesures régulières permettraient ainsi la définition et l'implantation d'actions de changement afin d'assurer la performance et la pérennité du réseau. En amont, cette hypothèse repose sur l'idée que la responsabilisation devrait pousser les acteurs à vouloir connaître leurs résultats pour mieux agir sur eux et en aval, elle suppose que l'évaluation

régulière permettrait de s'inscrire dans un processus continu d'amélioration de la qualité de manière à anticiper une éventuelle forme de démarche d'accréditation ou d'évaluation externe comme cela est déjà le cas au sein des établissements hospitaliers et médico-sociaux (DENANCIER J., 2004).

Hypothèse 8 - L'autonomie, la responsabilisation et la confiance favoriseraient l'émergence, la survie et le développement des réseaux : L'autonomie des médecins et des autres professionnels semble rester la meilleure configuration dans le cadre du réseau (SOULIE A.M., 1995 ; GREMY F., 1997). Notre hypothèse signifie que la centralité du réseau (LEVINE, W., WHITE, P., 1961 ; COOK K. S., 1977) devrait être équilibrée, c'est-à-dire qu'aucun partenaire ne devrait exercer un contrôle sur les autres partenaires, ou encore détenir un pouvoir supérieur concernant la régulation et les échanges au sein du réseau. Selon notre hypothèse, le réseau ne pourrait pas fonctionner si chacun n'avait pas sa pleine autonomie ou n'avait pas le pouvoir de sa compétence. L'autonomie ne devrait cependant pas être synonyme de manque de coordination mais plutôt de développement de la confiance (BRADACCH J., ECCLES R.G., 1989 ; POWELL W., 1990).

2.3. Définir et coordonner le cadre d'action, un système commun de référence et l'organisation clinique

La redéfinition des frontières devrait s'effectuer tout en tenant compte des contributions de chaque partenaire au réseau. Le réseau devrait ainsi coordonner le cadre d'action (composantes du réseau aux différents niveaux organisationnels local, régional ou national), l'organisation clinique et le système commun de référence (système collectif de normes et de valeurs pour assurer la cohérence entre le pilotage et l'organisation clinique) (SAINT-PIERRE M., 2003).

Hypothèse 9 – La désignation d'un coordonnateur et la clarification des délégations pour coordonner les composantes du réseau favoriseraient l'émergence, la survie et le développement des réseaux : Sur la base des travaux de J.P. CLAVERANNE (1999), cette hypothèse suppose qu'un réseau viable et performant serait un réseau qui partagerait l'information, disposerait d'un coordonnateur-régulateur, et responsabiliserait le corps médical grâce à plus d'implication dans la gestion du quotidien, et donc par la clarification

des délégations. Chacun devrait ainsi connaître les limites de ses compétences tout en étant impliqué dans le management de proximité au sein du réseau. Mais c'est à partir de l'individu et du problème à traiter que devrait être organisée la coordination du réseau aux différents niveaux organisationnels local, régional ou national.

Hypothèse 10 - La formation des acteurs du réseau pour le développement d'un système commun de référence permettrait de favoriser l'émergence, la survie et le développement des réseaux : Selon cette hypothèse, la formation des acteurs du réseau permettrait de rendre plus stable l'état des connaissances professionnelles servant de base d'action commune (CARLILE P., 2002). Dans cette perspective, la formation dans le réseau devrait être pluridisciplinaire, voire pluriprofessionnelle afin d'élargir les collaborations entre organisations et métiers, favoriser l'amélioration continue de la qualité des soins et des services offerts, tout en favorisant l'implication des acteurs dans la gestion courante et stratégique du réseau et ainsi assurer la survie et le développement de celui-ci (CLAVERANNE J.P., 1999). Le savoir commun permettrait alors la souplesse et l'ouverture du réseau tout en réduisant les incertitudes quant aux impacts des décisions de l'ensemble des acteurs (CREMER J., 1990) : établissements, professionnels libéraux, prestataires de services, financeurs et tutelles.

Hypothèse 11 – La production de services individualisés permettant une prise en charge selon des procédures et des protocoles communs favoriserait l'émergence, la survie et le développement des réseaux : Cette hypothèse suppose que l'organisation clinique devrait s'orienter vers une prise en charge globale des personnes âgées définie selon des règles, des procédures et des protocoles communs sans pour autant aboutir à une production standardisée des soins mais plutôt à une production individualisée, garante de bons résultats (EDDY D., 1999). Chaque personne devrait disposer d'un référent unique au sein du réseau, capable de la guider dans la trajectoire de sa prise en charge qui peut selon les cas être complexe. C'est pourquoi la prise en charge devrait permettre une intervention simultanée et coordonnée des différents acteurs du réseau, et un suivi des personnes âgées depuis les actions de prévention (de maladie d'Alzheimer par exemple) jusqu'à la prise en charge des pathologies successives en passant par l'offre de prestations associées en fonction de l'évolution du degré de dépendance (service de repas à domicile, soins infirmiers ou hospitalisation à domicile, etc.) (GREMY F., 1997). La performance de cette organisation clinique dépendrait également de chaque élément développé précédemment : les étapes préalables à la mise en œuvre d'un

réseau, les éléments du système de pilotage, la définition et la coordination du cadre d'action et le développement d'un système de référence commun.

Tableau n°4

Les hypothèses de travail issues de la littérature et des données empiriques secondaires

Quelles sont les conditions d'émergence, de survie et de développement d'un réseau gérontologique ?		
H1 – L'identification préalable des services déjà présents et des besoins des personnes âgées dépendantes sur la zone géographique concernée pour garantir l'adéquation entre l'offre et la demande	→	permettent de favoriser l'émergence, la survie et le développement des réseaux
H2 – Le diagnostic et l'amélioration éventuelle des aptitudes au travail en réseau des partenaires	→	
H3 – Le décloisonnement inter-organisationnel pour réunir l'ensemble des acteurs pertinents	→	
H4 – L'appropriation des objectifs du réseau par les acteurs concernés	→	
H5 – Le partage des ressources et la redéfinition des modes de rémunération	→	
H6 – La mise en œuvre d'un système d'information permettant la prise de décision	→	
H7 – La définition des résultats attendus et des indicateurs d'évaluation appropriés	→	
H8 – L'autonomie, la responsabilisation et la confiance	→	
H9 – La désignation d'un coordonnateur et la clarification des délégations pour coordonner les composantes du réseau	→	
H10 – La formation des acteurs du réseau pour le développement d'un système commun de référence	→	
H11 – La production de services individualisés permettant une prise en charge selon des procédures et des protocoles communs	→	

CONCLUSION

La problématique de cette communication centrée sur les conditions d'émergence, de survie et de développement d'un réseau gérontologique nous a d'abord permis de proposer une définition de ce type d'organisation : le réseau gérontologique est une inter-organisation formelle où :

- le portefeuille d'activité dépend des caractéristiques des environnements interne et externe ;
- les partenaires, en dépit de logiques parfois opposées, doivent développer une forme de solidarité ;
- une dynamique, des relations organisées, une articulation efficace des ressources, un équilibre entre structure organisationnelle/connaissance/prise en considération des besoins de la personne âgée permettent des interventions cohérentes pour une prise en charge interdisciplinaire et interorganisationnelle constituée d'activités intégrées ;

- l'indépendance des prestataires de services de la sphère marchande, des professionnels libéraux et des organisations publiques et privées hospitalières, médico-sociales et sociales est préservée ;
- les partenaires définissent selon des valeurs partagées un projet de soins et de services adapté aux personnes âgées dépendantes situées sur un secteur géographique donné ;
- le projet de soins et de services est organisé et mis en œuvre de manière coordonnée grâce à une stratégie spécifique déployée en fonction du processus et des outils adoptés pour assurer la mutualisation, la complémentarité et l'enrichissement des pratiques, des savoirs et des compétences dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge et de réduction des gaspillages de ressources.

Cette définition idéale du réseau semble néanmoins s'opposer aux limites identifiées par certaines études empiriques. Par conséquent, à partir des données recueillies au sein de la littérature, nous avons proposé onze hypothèses de travail qui nous semblent être autant de conditions de succès pour assurer l'émergence, la survie et le développement des réseaux gérontologiques. Nous testerons ces différentes hypothèses réparties selon trois axes dans le cadre de notre prochaine exploration empirique auprès de deux réseaux gérontologique. Notre premier axe de travail rassemble les hypothèses liées aux étapes préalables à la mise en œuvre du réseau telles que l'identification de l'offre de soins et de services à destination des personnes âgées dépendantes sur la zone géographique concernée, le diagnostic des aptitudes au travail en réseau des partenaires, le décloisonnement des acteurs, le temps nécessaire pour favoriser l'appropriation des objectifs du réseau par les acteurs concernés, le partage des ressources et la redéfinition des modes de rémunération afin d'inciter les organisations à entrer dans le réseau. Le deuxième axe est celui du pilotage que nous avons limité à trois hypothèses : la mise en œuvre d'un système d'information performant permettant la prise de décision, la définition des résultats attendus et des indicateurs d'évaluation appropriés et enfin, l'autonomie et la responsabilisation des partenaires. Le dernier axe articule deux hypothèses orientées vers la définition et la coordination du cadre d'action, du système commun de référence et de l'organisation clinique (grâce à un coordonnateur de réseau, à la clarification des délégations, à la formation des acteurs et à la production de services individualisés pour une prise en charge personnalisée selon des procédures et des protocoles communs).

Ce propos d'étape enrichit la réflexion sur le concept de réseau en sciences de gestion car il tend à montrer que le management des réseaux gérontologiques présente :

- des contraintes similaires à celles rencontrées par des réseaux présents au sein d'autres secteurs de l'activité économique ;
- des spécificités qui limitent la transposition du concept de réseau en sciences de gestion : des partenaires cloisonnés et aux logiques parfois opposées dans un contexte non marchand et d'utilité sociale où la solidarité semble pourtant nécessaire ; des activités intégrées pour une prise en charge interdisciplinaire et complexe ; et enfin des modes de rémunération conditionnés par la tutelle parfois considérés comme étant peu équitables, qui constituent par conséquent un obstacle à l'émergence des réseaux.

Etant donné l'essor souhaité des réseaux par les autorités de tutelles et leur inscription dans la politique de santé publique, ces pistes de travail mériteraient d'être par la suite enrichies à la fois par une étude empirique sur un échantillon de réseaux gérontologiques en France et une comparaison avec les réseaux anglo-saxons.

REFERENCES

- BEJEAN, S., GADREAU, M. (1997), Concept de réseau et analyse des mutations récentes du système de santé, in *Revue d'Economie Industrielle*, 81, 77-97.
- BERTEZENE, S. (2002), Etude de la non qualité dans les hôpitaux français : les défauts de qualité et leurs conséquences économiques et financières sur l'organisation, in *Santé et systémique*, 6:1-2, 137-153.
- BERTEZENE, S. (2004), L'articulation entre démarche qualité et stratégie de l'organisation : Les impacts des lois du 26 avril 1999 et du 2 janvier 2002 sur les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée, in *Droit, Déontologie et Soins*, 4:3, 337-344.
- BONTOUT, O., COLIN, C., KERJOSSE, R. (février 2002), Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040, in *Etudes et Résultats*, 160.
- BOULANGER, P. (1995), *Organiser l'entreprise en réseau – la pyramide éclatée*, Paris : Nathan.
- BRAMI, G. (2000), *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées*, Paris : Berger-Levrault.

- BRADACH, J., ECCLES, R.G. (1989), Prices authority and trust : from ideal types to plural forms, *Annual Review of Sociology*, 15, 97-118.
- BREMOND, M. (1997), La mise en scène de la performance dans le domaine de la santé ou l'art de rendre légitime l'institution réseau, in *Ruptures*, 4:2, 232-236.
- CARLILE, P. (2002), A pragmatic view of knowledge and boundaries : boundary objects in new product development, in *Organization Science*, 13:3, 442-455.
- CLAVERANNE, J.P. et al. (1999), De l'hospitalocentrisme au réseau de soins : convergence des forces et des formes d'organisation, in *La santé demain – Vers un système de soins sans murs*, Paris : Economica, 251-265.
- COCA, E. (1995), *Les inégalités entre hôpitaux. Obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières*, Paris : Berger-Levrault, 59-65.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. (2000), Quel avenir pour le système de soins canadien ?, *Revue canadienne de recherche sur les politiques*, 1:1, 39-43.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P. (2002), Pourquoi est-il si difficile de faire ce qui est souhaitable ?, *Gestion*, 27:3, 142-150.
- COOK, K. S. (1977), Exchange and Power in Networks of Interorganizational Relations, *Sociological Quarterly*, 18, 62-82.
- CREMADEZ, M. (1997), *Le management stratégique hospitalier*, Paris : Masson.
- CREMER, J. (1990), Common knowledge and the co-ordination of economic activities, *The firm as a nexus of treaties*, Sage.
- DAGENAIS, C. (septembre 2000), Les enjeux de l'intégration des soins de santé. Expériences du Québec, in *Actes du Congrès de l'Association Latine pour l'Analyse de Systèmes de Santé (ALASS)*, Porto.
- DENANCIER, J. (2004), *Mener l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris : Dunod, 133-144.
- DURIEZ, M., LANCRY, P.J., LECQUET-SLAMA, D., SANDIER, S. (1999), *Le système de santé en France*, Paris : PUF.
- EDDY, D. (novembre 1999), Performance measurement : problems and solutions, in *Health Affairs*.
- ETTIGHOFFER, D. VAN BENEDEN, P. (2000), *Méta- organisations, les modèles d'entreprises créateurs de valeur*, Paris : Village Mondial.
- FLEURY, M.J. et al. (novembre 2004), Réseaux intégrés de services et réponse aux besoins des personnes avec des troubles graves de santé mentale, in *rapport de la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé*.

- GENIAUX, I., MIRA-BONNARDEL, S. (2002), Gestion des compétences et knowledge management dans les réseaux d'entreprises, in DUPUICH-RABASSE, F. (sous la direction de), *Gestion des compétences et knowledge management : renouveau de création de valeur en GRH ?*, Paris : Editions Liaisons.
- GREMY, F. (juin-juillet 1997), Vers l'organisation et la coordination du système de soins, in *Gestions Hospitalières*, 443-438.
- GRENIER, C (juin 2004). a, La construction collective d'un réseau de santé – le rôle du dossier patient comme objet frontière dans le processus de conception, in *Actes de la 13^{ème} Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS)*, Vallée de Seine.
- GRENIER, C. (juillet 2004) b, Healthacre network as a mix of three models of professional and collective practices – a better understanding of the distinctive characteristic of professional network, *Communication à la conférence EGOS : track Organizational design and dynamics in the sphere of public affairs*.
- HATCHUEL, A. (juillet-août 1994), Apprentissages collectifs et activités de conception, in *Revue Française de gestion*, 109-119.
- HUARD, J., MOATTI, J.P. (1995), Introduction à la notion de réseau », in *Gestions Hospitalières*, 351, 735-738.
- JOFFRE, P., KOENIG, G. (1992), *Gestion stratégique, l'entreprise, ses partenaires adversaires et leurs univers*, Editions Litec.
- KOENIG, G. (mars-avril 1996), Karl E. Weick, in *Revue Française de Gestion*, 57-70.
- LE BAS, C., GENIAUX, I. (1995), Le management des relations technologiques et les PME, in *Economies et sociétés, série Sciences de Gestion*, 21:5, 211-229.
- LECLET, H., VILCOT, C. (2003), *Qualité en gérontologie*, Paris : AFNOR, 95-96.
- LEMIEUX, V. (2000), *À quoi servent les réseaux sociaux ?*, Éditions de l'IQRC.
- LEVINE, W., WHITE, P. (1961), Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships, in *Administrative Science Quarterly*, 5, 583-601.
- LIVIAN, Y.F. (2005), *Organisation – théories et pratiques*, Paris : Dunod.
- MINTZBERG, H. (1998), *Structures et dynamiques des organisations*, Paris : Editions d'Organisations.
- NAIDITCH, M. et al. (décembre 2000), Apports potentiels des réseaux dans l'évolution des systèmes de soins, in *Perspectives soignantes*, 9.
- POULIN, D., MONTREUIL, B., GAUVIN, S. (1994) *L'entreprise réseau : Bâtir aujourd'hui l'organisation de demain*, Publi-Relais.

- POWELL, W. (1990), Neither market nor hierarchies : networks forms of organization, *Research in Organizational Behavior*, 12, 295-336.
- PRAX, J.Y. (2000), *Le Guide du Knowledge Management*, Paris : Dunod.
- ROJOT, J. (2005), *Théorie des organisations*, éditions Eska, 320-327.
- ROMELAER, P. (1999), Relations externes des entreprises et gestion des innovations, in FORAY, D., MAIRESSE, J., *Innovation et performances*, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- SAINT-PIERRE, M. (juin 2003), Les réseaux ont-ils un avenir dans le secteur de la santé, in *Actes de la 12^{ème} Conférence de L'Association Internationale de Management Stratégique (AIMS)*, Carthage.
- SERIEYX, H. (1996), *Mettez du réseau dans vos pyramides*, Paris : Village Mondial.
- SHORTELL, S., GILLIES, R., ANDERSON, D., MITCHELL, J., MORGAN, K. (1993), Creating organized delivery systems : The barriers and facilitators, in *Hospital & Health Services Administration*, 38:4, 447-467.
- SOULIE, A.M. (décembre 1995), Le travail en réseau : une solution en matière de santé ?, in *Gestions Hospitalières*, 747-756.
- STRAUSS, A. (2002), *La trame de la négociation*, Paris : L'Harmattan, collection Logiques Sociales, 143-189.
- SYDOW, T., WINDELER, A. (1998), Organizing and evaluating interfirm networks : a structurationist perspective on network process and effectiveness, in *Organization Science*, 9:3, 265-284.
- THIETART, R.A. et coll. (1999), *Méthodes de recherche en management*, Paris : Dunod, 226-238.
- VAN RAAK A., et al. (1999), Understanding the Feasibility of Integrated Care: A Rival Viewpoint on the Influence of Actions and the Institutional Context, in *International Journal of Health Planning and Management*, 14, 235-248.
- WILLIAMSON O.E. (1979), Transaction cost economies : the governance of contractual relation, in *Journal of Law and Economics*, 2, 233-261.
- WILLIAMSON, O.E. (1975), *Markets and hierarchies : analysis and anti trust implications*, New York, The Free Press.
- WIMPFHEIMER, R., BLOOM, M., KRAMER, M. (1990), Inter-Agency Collaboration : Some Working Principles, in *Administration in Social Work*, 14:4, 89-102.